

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre Wünsche und Beschwerden unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien im Interesse einer komplikationslosen Behandlung und zu Ihrem eigenen Schutz folgende Angaben, die der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen:

Bitte nehmen Sie sich die Zeit und füllen alles sorgfältig aus. Vielen Dank

Krankenkasse: _____ **Für Private Versicherungen:** Beihilfe Standardtarif Basistarif

Vor- und Zuname: _____ geb.: _____

Mitversichert bei: _____ geb.: _____

Anschrift Straße: _____ Private Zusatzversicherung: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Privat Telefon: _____

Mobil Telefon: _____

Arbeit Telefon: _____

E-Mail: _____

Zahnarzt (Name, Ort): _____

Hausarzt (Name, Ort): _____

Hautarzt (Name, Ort): _____

Wie sind Sie auf uns gekommen? _____

Wir bitten um Kenntnisnahme, dass ihre Daten (Röntgen Bilder, Befunde etc.) per E-Mail / Post / Telefon / Fax für die Mit- und Weiterbehandlung an ihre Zahnärzte / Ärzte übermittelt werden. Sollten Sie hiermit nicht einverstanden sein, können wir Sie leider nicht behandeln.

Folgende Person darf über meinen Gesundheitszustand informiert werden:

Name: _____ Vorname: _____

Telefon: _____

Adresse: _____

Bei der Person handelt es sich um meine/ meinen _____

Bitte die Rückseite beachten!

Bestand oder besteht bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen, wenn ja **welche?**



- Herz- und Kreislauferkrankungen: ja nein _____
- Haben Sie eine künstliche Herzklappe: ja nein _____
- Besteht eine verzögerte Blutgerinnung:
(z.B. durch Medikamente/ eine Erkrankung) ja nein _____
- Stoffwechselerkrankungen z.B. Diabetes: ja nein _____
- Lungenerkrankungen z.B. Asthma: ja nein _____
- Allergien-/ Unverträglichkeiten von Medikamenten: ja nein _____
- Infektionserkrankungen z.B. Hepatitis, HIV: ja nein _____
- Augenerkrankungen z.B. grüner Star: ja nein _____
- Leber- oder Nierenerkrankungen: ja nein _____
- Besteht/ bestand eine Krebserkrankung: ja nein _____
- Hatten Sie Operationen z.B. Kiefer, Herz etc.: ja nein _____
- Sonstige Erkrankungen/ Hinweise: _____
- Besteht eine Schwangerschaft? ja nein
- Sind Sie Raucher? ja nein
- Nehmen Sie Medikamente? ja nein

Wann wurde bei Ihnen die letzte Röntgenaufnahme vom Kiefer gemacht? _____

- Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben und bin darüber in Kenntnis gesetzt worden, diese jederzeit widerrufen zu können.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Datum: _____

Unterschrift: _____